

На правах рукописи

Бариева Аэлина Асхатовна

**ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ В КОНТЕКСТЕ
СОЦИАЛЬНОГО ПОТЕНЦИАЛА РЕГИОНА
((на материалах Республики Татарстан))**

Специальность 22.00.04 – социальная структура,
социальные институты и процессы

АВТОРЕФЕРАТ
*диссертации на соискание ученой степени
кандидата социологических наук*

Казань-2012

Работа выполнена в ГБУ «Центр перспективных экономических исследований»
Академии наук Республики Татарстан

Научный руководитель:

Хисамутдинов Сагит Рамазанович
кандидат социологических наук, доцент

Официальные оппоненты:

Шангареева Зилия Саетмухаметовна
доктор социологических наук, профессор

Губайдуллина Наиля Калимулловна
кандидат социологических наук, доцент

Ведущая организация:

ГБОУ ВПО «Казанский государственный
медицинский университет» Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

Защита состоится «15» марта 2012 года, в 14.00, на заседании диссертационного совета Д 212.081.25 при ФГАОУ ВПО «Казанский (Приволжский) федеральный университет» по адресу: 420008, Казань ул. Кремлевская, д.35, корпус 2, конференц-зал Научной библиотеки им. Н.И. Лобачевского.

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке им. Н.И. Лобачевского Казанского (Приволжского) федерального университета по адресу: 420008, Казань ул. Кремлевская, д.35, корпус 2.

Электронная версия автореферата опубликована на официальном сайте ФГАОУ ВПО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»
[http:// www.ksu.ru](http://www.ksu.ru).

Автореферат разослан «__» _____ 2012 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета

Ахметова С.А.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. В условиях модернизации российской общественной жизни все большую значимость приобретает проблема общественного здоровья. Эта проблема естественно вписывается в контекст отечественных исследований социального потенциала, поскольку именно его анализ – это раскрытие как имеющихся в наличии, так и будущих возможностей развития общества. Особое значение данные исследования приобретают в эпоху функционирования рыночных отношений. Для этого этапа характерно выдвижение новых, гораздо более серьезных требований не только к профессиональным компонентам социального потенциала - знаниям, умениям, мастерству каждого работника, но и к таким его составляющим, как здоровье, физическая выносливость, а также и социальная справедливость и нравственные ценности. Авторитетные исследователи, признавая влияние на здоровье населения бедности, алкоголизма, наркомании и экологических факторов, утверждают, что высокая смертность и преждевременная утрата жизнеспособности коренятся в девальвации традиционных ценностей, в «упадочной» нравственной атмосфере и кризисном эмоциональном состоянии общества.

Важное место в понятийном аппарате современной социологии здоровья занимают такие понятия, как «образ жизни», «качество жизни», «уровень жизни». Специфика социологического исследования здоровья состоит в изучении общественных представлений о здоровье, отношения населения к здоровью и медицине и ожиданий от нее. Результаты социологических исследований могут помочь формированию таких общественных программ в области здравоохранения, которые будут социумом востребованы.

В отличие от ранних этапов эволюции социологического знания о здоровье, когда общественная природа этого феномена была недостаточно прозрачна, а заболевания носили преимущественно «медицинский» характер, сегодняшняя социология здоровья концентрируется на индивидуальных и групповых представлениях о здоровье, культурных традициях отношения к здоровью, на социальном окружении и поведенческих практиках. Именно этими причинами обусловлена необходимость рассмотрения проблем общественного здоровья в контексте социального потенциала. Общество не может уверенно двигаться вперед без научного осознания своих возможностей, без четкого представления о состоянии общественного здоровья, о ценностях здоровья и здорового образа жизни и о степени равномерности их распределения по общественным слоям и группам. С другой стороны, сами проблемы общественного здоровья не могут быть успешно решены за счет модернизации только системы здравоохранения, вне широкого социально-экономического и социокультурного контекста.

Состояние разработанности темы. На протяжении последних тридцати лет рост инвестиций в медицину в индустриально развитых странах не приводит к убедительным валеологическим результатам. Увеличивается доля

болезней, имеющих социально-детерминированный характер, борьба за здоровье населения неуклонно перемещается в социальную сферу¹.

Данное обстоятельство не могло остаться вне сферы внимания представителей общественных наук. Реальные заслуги клинической медицины в борьбе с инфекционными болезнями явно завышены². Данные результаты позволили критикам современной медицины, как А. Иллич, поставить эффективность медицины под сомнение.³ Здоровье людей в современных условиях детерминируют такие факторы, как уровень социально-экономического развития и разнообразные социокультурные механизмы⁴. Среди отечественных исследователей эти взгляды все чаще встречают поддержку. В частности, на протяжении двух десятков лет российские исследователи выделяют общественное здоровье в качестве относительно самостоятельного объекта социологической теории. В начале 1980-х годов специфику социологического подхода к общественному здоровью пытались раскрыть и утвердить В. Н. Иванов и В. М. Лупандин⁵. Начался процесс утверждения ценностно-мотивационного подхода к изучению здоровья, представленного публикациями А.И.Антонова, М.С. Бедного, В.С. Зотина, Ю.П. Лисицына, В.М. Медкова и др.

Не без влияния как этих, так и других исследователей во второй половине 1990-х годов социология здоровья была признана в России в качестве самостоятельной ветви социологии, в которой исследуется комплекс факторов, связанных с трудом, бытом, отдыхом, образом и качеством жизни индивида. В центре ее внимания – взаимосвязи человека с социальной средой, влияющие на состояние его здоровья⁶. В этой связи необходимо отметить работы И.А. Гундарова, И.В.Журавлевой, Е.Н.Кудрявцевой, Л.Ф.Молчановой, Г.Г. Оганова и др. Несмотря на значимость этих исследований, меньшее внимание уделялось в социологии здоровья взаимосвязи между его соматическими, институциональными и социокультурными компонентами.

Этот аспект общественного здоровья начал активно рассматриваться на региональном уровне в работах З.С. Шангареевой, И.Б. Кузнецовой - Моренко, Л.М. Мухарямовой, Р.Г. Петровой, Л.Н. Салахатдиновой и др.

С начала 1980-х годов исследователи по степени воздействия среди детерминант здоровья все чаще стали отдавать пальму первенства образу жизни

¹Нилов В.М. Социология здоровья: проблемы развития и регионального статуса //Ученые записки Петрозаводского госуниверситета - июнь 2008 - № 1(91)

²См., например, D u b o s R . Mirage of Health: Utopias, Progress & Biological Change. New York: Harper. 1959; McKeown T. The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis? Oxford. 1979; Szreter S. The importance of social intervention in Britain's mortality decline 1850–1914: a reinterpretation of the role of public health / Health and Disease. A Reader ed. by Davey B., Gray A. Buckingham, Philadelphia. 1995; Freidson E. Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge. N. Y.: Dodd. Mead, 1970.

³Illich I. Medical Nemesis: The expropriation of health. London: Marian Boyars, 1975.

⁴См., например: Armstrong D. The problem of the whole-person in holistic medicine // Health and Disease, a Reader. 1995; См. также : Williams S., Annandale E.,Tritter J. 'The Sociology of Health and Illness at the Turn of the Century: Back to the Future?' : <http://www.socresonline.org.uk>.

⁵См.: Иванов В . Н., Лупандин В . М . Исследованию проблем здравоохранения – социологический подход // Коммунист Украины, № 11, 1984.

⁶Социология в России /Под ред. В. А. Ядова. М.: Изд-во Института социологии РАН, 1998; См. также: Журавлева И.В. Новые подходы к развитию сферы общественного здоровья //Социология медицины, №2, 2008

человека в сочетании с биологическими, экологическими факторами, и только лишь во вторую очередь – системе организации здравоохранения. В частности, М. Макгинис, П. Уиллиамс-Руссо и Д. Кикман показали, что в практических целях факторы риска преждевременной смерти можно свести к следующим пяти основным:

- 1) модель самосохранительного поведения (40 % случаев);
- 2) наследственность, включая смертные случаи, непосредственно относящиеся к генотипу (незначительная доля), и те, которые имеют некоторые генетические составляющие (30 %);
- 3) социальные обстоятельства жизни, включая уровень образования и дохода (15 %);
- 4) медицинское обслуживание (10 %);
- 5) окружающая среда, в том числе воздействие токсических и микробных агентов (5 %)¹.

В своей совокупности все эти факторы, кроме генетики, связаны с социально-экономическими статусами людей, то есть с уровнем их доходов, их занятостью и образованием. С нашей точки зрения, именно эти новые социально-экономические и социально-политические аспекты проблемы здравоохранения обуславливают важность исследования общественного здоровья в контексте социального потенциала. Однако исследований, целостно отражающих сложные проблемы общественного здоровья в данном контексте, явно недостаточно. Недостаточно работ, акцентирующих внимание на социокультурных факторах общественного здоровья на региональном уровне, на отдельных сложных социальных процессах и явлениях, которые представляют особый интерес с научно-практической точки зрения. К подобным явлениям и процессам прежде всего относится общественное здоровье в контексте регионального социального потенциала. Это в совокупности делает актуальным настоящее исследование, определяет его цели и задачи.

Объектом исследования выступает социальный потенциал региона (на примере РТ).

Предметом исследования являются социальные детерминанты здоровья населения региона.

Цель диссертационного исследования – определить возможности преодоления неравенства в доступе к качественной медицине различных социальных групп.

Для достижения поставленной цели в ходе исследования решаются следующие **задачи**:

- анализ теоретико-методологических основ исследования общественного здоровья;
- характеристика общества «социально-медицинского риска»;

¹McGinnis J., Williams-Russo P., K i c k m a n J. The Case for More Active Policy Attention to Health Promotion // Health Affairs. 2002. Vol. 21. № 2 (March / April).

- выявление специфики рассмотрения общественного здоровья в рамках социологической науки;
- определение степени доступности различных социальных групп общества к ресурсам здоровья;
- выявление содержания и структуры общественного здоровья в контексте социального потенциала региона;
- анализ возможностей реального влияния системы обязательного медицинского страхования на преодоление отчуждения населения от качественных медицинских услуг;
- выработка практических рекомендаций по совершенствованию системы здравоохранения в контексте социального потенциала региона.

Гипотезы исследования состоят в следующем.

- Качество медицинского обслуживания не является основным детерминирующим фактором общественного здоровья. Основным детерминирующим фактором здоровья населения является образ его жизни.
- Неравенство доступа различных социальных групп общества к качественной медицине ограничивает эффективность ОМС.

Проверка гипотез осуществляется через построение идеальной модели социального потенциала, содержащую характеристику типов, уровней и измерений общественного здоровья.

Предлагаемая социологическая теория здоровья рассматривается как область научного знания на «стыке» различных теоретических парадигм, комбинирующих разные методологические подходы. Это – область синтеза ряда научных дисциплин, изучающих социальное здоровье, среди которых ведущее место занимает теоретическая социология как интегральная «человековедческая» наука социально-гуманитарного плана. Социологическая теория здоровья по своему методологическому статусу является комплексной и междисциплинарной областью исследования¹.

Методологические и теоретические основания исследования состоят в сочетании следующих подходов и исследовательских программ:

- *марксистская* научно-исследовательская программа в социологии здоровья (Маркс К., Энгельс Ф., Барретт М., Дойал Л., Макинтош А., Маккеон Т., Наварро В., Робсон Дж., Харт Т., Хобсбаум Э., Хьюитт М. и др.);
- *дюркгеймовская* научно-исследовательская программа в социологии здоровья (Дюркгейм Э., Гертц Дж., Дуглас Дж., Ла Капра Д., Люкс С., Мосс М., Хайнс Э. и др.);
- *веберовская* научно-исследовательская программа в социологии здоровья (Вебер М., Бергнер М., Гибсон Б., Мак-Эван Дж., Хант С. и др.)
- *структурно-функционалистская* программа в социологии здоровья (Парсонс Т., Мертон Р., Герхардт У., Коккерхем В., Сегал А. и др.);

¹О методологии междисциплинарного подхода подробнее см.: Штомпка П. Формирование социологического воображения. Значение теории // СоцИс. – 2005- № 10. – С.71; Смелзер Н.Дж. О компаративном анализе, междисциплинарности и интернационализации в социологии // Социол. Исслед. – 2004. - №11. – С.12. См. также : Scambler Graham (ed.) Sociological Theory and Medical Sociology. Tavistock Publications: London and New York, 1987.

- *системный, деятельностный и междисциплинарный* подходы как направления методологии научного познания социальных процессов (Аитов Н.А., Афанасьев В.Г., Дыльников Г.В., Леонтьев А.Ю., Нугаев М.А., Рахматуллин Э.С., Садовский В.Н., Тощенко Ж.Т., Швырев В.С. и др.).

Эмпирическую базу исследования составили:

- данные отечественной статистики (начиная с 1991г.) по общественному здоровью как Российской Федерации в целом, так и Республики Татарстан;

- результаты социологического опроса отношения населения РТ к системе обязательного медицинского страхования, проведенного под руководством проф. М.А. Нугаева в 1995-1997 гг. при участии автора, заключавшегося в анкетировании и обработке собранного материала;

- результаты проведенного автором социологического опроса экспертов о здоровье населения Республики Татарстан (2010 г., 110 преподавателей специализированных кафедр КГМУ, ГИДУВа и специалистов Минздрава РТ).

Научная новизна диссертационного исследования:

1. Утверждается, что теоретико-методологическую основу исследования общественного здоровья составляют основные парадигмы как классической (К. Маркс, Э. Дюркгейм, М. Вебер), так и неклассической (Т. Парсонс, Р. Мертон) социологии.

2. Раскрыты содержание и структура общественного здоровья в контексте социального потенциала региона в современных условиях.

3. Раскрыта роль системы обязательного медицинского страхования как фактора оптимизации общественного здоровья в контексте социального потенциала региона (преодоление отчуждения отдельных групп общества от качественной медицины).

4. На основе эмпирического материала определены и охарактеризованы объективные условия и субъективные факторы, детерминирующие общественное здоровье населения региона в контексте его социального потенциала, способы преодоления состояния «социально-медицинского риска» в российском обществе.

5. Намечены основные направления и разработаны практические рекомендации по оптимизации общественного здоровья региона в трансформирующемся обществе: преодоление патернализма, культивирование здорового образа жизни, здоровья человека, как главной жизненной ценности.

Положения, выносимые на защиту:

1. Социология здоровья относится к социологическим «теориям среднего уровня». Будучи «гибридной» теорией, теория общественного здоровья оперирует понятиями и теоретическими моделями из марксистской, дюркгеймовской, веберовской и структурно-функционалистской научно-исследовательских программ; каждая модель описывает свой аспект социальной реальности.

2. Социальное расслоение общества, поляризация на богатых и бедных формирует в обществе состояние тревожности, неуверенности в будущем, обеспокоенности людей за свое здоровье и здоровье близких.

3. В рыночном обществе у значительной части населения продолжают существовать патерналистские установки (ожидания). Это блокирует активность населения, ответственность за сохранение собственного здоровья.

4. Неравенство доступа различных групп общества к ресурсам здоровья, проблемы качества жизни различных социальных групп, вызывают недовольство населения, чувство социальной несправедливости.

5. Состояние здоровья населения в значительной мере детерминировано его образом жизни, то есть социальными факторами. Поэтому в сохранении и укреплении здоровья населения значимым является пропаганда и внедрение элементов здорового образа жизни медицинским работниками, СМИ, популярной литературой, информационными стендами в медицинских учреждениях.

6. Система ОМС может служить преодолению отчуждения населения от медицины.

7. Здоровье представителей различных социальных групп общества детерминировано социально-экономическими условиями их жизни. Экономический и финансовый кризис в стране и мире, усугубил положение обездоленных слоев российского общества, привел к ухудшению состояния здоровья значительной его части.

8. В российском обществе значительная доля смертей обусловлена экзогенными факторами.

Теоретическая значимость диссертационного исследования представлена авторской моделью содержания и структуры общественного здоровья в контексте социального потенциала региона. Осмысление значительного количества эмпирических данных, большого объема отечественной и зарубежной литературы позволяет выявить основные особенности развития общественного здоровья населения региона в контексте социального потенциала, специфику распределения ценностей здоровья и здорового образа жизни по разным слоям российского социума.

Материалы исследования могут быть положены в основу новых теоретических концепций, описывающих факторы и эволюцию общественного здоровья в рыночных условиях; могут использоваться в теориях социальных изменений и социальных институтов.

Практическая значимость исследования. Выводы и результаты исследования могут применяться в учебных целях при чтении спецкурсов по социологии здоровья, социологии здравоохранения, социологии медицины и социологии модернизации.

Предлагаемые рекомендации могут быть использованы при составлении долгосрочных и оперативных программ социальной политики, а также в деятельности муниципальных органов здравоохранения.

Апробация работы. Материалы диссертации доложены на конференциях общероссийского, республиканского и городского уровней. По теме диссертации опубликовано девять работ общим объемом 2,5 п.л., четыре из них – в журналах, рекомендованных ВАК РФ. Диссертация обсуждена и

рекомендована к защите отделом социологии Центра перспективных экономических исследований Академии наук Республики Татарстан.

Структура работы. Диссертация состоит из введения, четырех разделов, заключения, библиографии и приложений.

Во введении обосновывается актуальность темы диссертационного исследования, анализируется степень ее научной разработанности, определяются объект и предмет, цель и задачи, теоретико-методологические основы исследования. Указываются основные положения, выносимые на защиту, элементы новизны, теоретическая и практическая значимость работы.

Первый раздел **«Теоретико-методологические основы социологического исследования здоровья»** посвящен анализу классических научно-исследовательских программ в социологии здоровья. Социологическая теория здоровья по своему методологическому статусу является комплексной и междисциплинарной областью исследования. Поэтому теоретико-методологические основы социологии здоровья содержат основные положения, «твердые ядра» как классических, так и неклассических научно-исследовательских социологических программ. Будучи типичной мертоновской «теорией среднего уровня», «гибридной» теорией, социология медицины оперирует понятиями и теоретическими моделями из разных научно-исследовательских программ; каждая модель описывает свой аспект социальной реальности. В этой ситуации вопрос о том, какая из исследовательских программ обеспечивает следование «единственно правильной» методологии, теряет свою актуальность.

Вклад **марксистской** исследовательской программы состоит, прежде всего, в ранжировании факторов, влияющих на потенциал здоровья, и в выделении уровня и качества жизни как основных. Марксистская и (неомарксистская) социология играла и продолжает играть весьма значительную роль при описании влияния не только социально-экономических, но и социально-политических (М.Фуко, «Рождение клиники») факторов как на функционирование и развитие системы здравоохранения, так и на здоровье отдельного человека. Согласно т.н. «тезису Маккеона», позитивное изменение социальных условий проживания человека приводит к гораздо более позитивному эффекту для здоровья человека, чем чисто медикаментозные методы. Действительно, деньги эффективнее вкладывать в профилактику болезней, чем в их лечение. Марксистская методология не может претендовать на исчерпывающий характер, особенно при анализе явлений, связанных с социокультурными факторами. Она, в частности, неспособна объяснить такое социальное явление, как “культура бедности”; другой известный пример – проблема профессиональной этики, как об этом писал еще Толкотт Парсонс. Эти проблемы, а также многие другие, делают необходимым обращение к работам немарксистских классиков социологии XIX и XX вв. Первым в этом списке стоит Эмиль Дюркгейм.

Дюркгеймовская научно-исследовательская программа в социологии здоровья концентрируется на определенной совокупности феноменов общественного сознания, связанных с такими «социальными фактами», как

ценности, нормы и образцы здорового поведения и здорового образа жизни. Необходимо констатировать, что в сфере проблематики социальных причин болезней Дюркгейму удалось пойти несколько дальше марксистского акцентирования роли социально-экономических факторов. Причины заболеваний, подобных стрессу, находятся в определенных «моральных силах» или «токах», протекающих в общественном сознании. С одной стороны, эти силы усваиваются индивидами, с другой – остаются внешними для них. Методологический подход Дюркгейма к социологии здоровья содержит и существенные недостатки. Например, современные общества характеризуются все возрастающей степенью эгоизма и аномии (особенно во время экономических и политических кризисов). Составляющие их индивиды все более и более воспринимают себя как самостоятельные и не зависимые от имеющихся социальных групп единицы. Современная общественная жизнь в меньшей степени регулируется традициями и обычаями, чем в прошлом. Социальная компонента в человеке становится все более основанной на расчете, утилитарных ценностях, личных интересах. Поведение современного человека все более целерационально и прагматично. Подобного рода ситуации требуют для своего рассмотрения существенно иной методологии, в большей мере основанной на учете индивидуалистической, эгоистической природы человеческого поведения. Именно такую методологию разработал Макс Вебер.

Веберовская программа фокусируется на изучении субъективных компонент человеческой активности, социокультурных детерминантах человеческого поведения. Наука о здоровье, по Веберу, выступает одним из факторов рационализации общественной жизни, «расколдовывания» мира, за счет помещения индивида в такую среду, в которой нет никаких «тайн», не доступных при необходимости для социального контроля. Тем не менее, область применения методологии Вебера также ограничена. Прежде всего, его теория социального действия оказалась не способной объяснить поразительную стабильность определенных социальных образований (например, профессиональных сообществ).

Таким образом, в теоретической социологии начала XX века назрела необходимость синтеза подходов К.Маркса, Э. Дюркгейма и М.Вебера. Именно это и было (отчасти) сделано американским социологом Толкоттом Парсонсом. В его работах показано, что всякая социальная система является функцией общей культуры, которая определяет социальные статусы или роли взаимодействующих личностей. Результатом применения разработанной теории к социологии здоровья стало определение Т. Парсонсом здоровья и болезни человека через понятия социальных ожиданий, ролей и заданий. Как социально-институционализированный ролевой тип, болезнь характеризуется образцами девиантного поведения, стремлением больного «уклониться» от выполнения своих повседневных или профессиональных обязанностей.

Во втором разделе **«Общественное здоровье в единстве экзогенных и эндогенных факторов»** рассматривается специфика социологического подхода к здоровью населения.

Исходя из того, что здоровье человека – это и количественная, и качественная характеристика, которая складывается из совокупности определенных параметров, в разделе показано, что здоровье населения формируется в результате сложного взаимодействия экзогенных и эндогенных, природных и социальных факторов. При этом физическое благополучие индивидуума зависит от нормального функционирования его органов и систем, от соответствия темпа роста и развития организма биологическим законам, в частности, тем из них, которые детерминированы наследственными факторами. Социальное благополучие оценивается условиями жизни, обучения и воспитания, организацией отдыха и питания, к факторам и условиям социального благополучия относятся нормы поведения, ценности, образ жизни, мотивации на укрепление и сохранение здоровья.

В медико-социальных исследованиях принято выделять следующие уровни здоровья:

- индивидуальное здоровье - здоровье отдельного человека;
- групповое здоровье - здоровье социальных и этнических групп;
- региональное здоровье - здоровье населения административных территорий;
- общественное здоровье - здоровье популяции, общества в целом.

На понятии «общественное здоровье» необходимо остановиться особо. Оно может быть определено как состояние благополучия, рассматриваемое через призму социальных отношений, систему социальных ценностей, этических, нравственных и правовых норм общественного устройства. Общественное здоровье населения определяется степенью реализации социальных ценностей и может рассматриваться как с объективных, так и с субъективных позиций. В итоге понятие «общественное здоровье» имеет несколько значений. В узком смысле общественное здоровье – как здоровье населения, так и система мер, направленных на его защиту. В более широком смысле общественное здоровье – это набор организационных действий, включающих контроль государства над деятельностью медицинских служб и вопросы поддержания здорового образа жизни.

В итоге при возрастающей потребности формирования системы укрепления здоровья большое значение имеет изучение структуры здоровья, которая характеризуется показателями физической и умственной работоспособности и резервами адаптации, а также ролью социальных и биологических факторов в формировании этой структуры.

В силу того, что российский социум переживает последствия периода трансформации, осуществляемой в основном радикальными методами, население страны также продолжает пребывать в состоянии социального шока. Из-за того, что социально-экономические реформы осуществлялись, по крайней мере, на первых этапах, без должной социально-гуманитарной проработки, в России успело сложиться т.н. «общество социально-медицинского риска». Поэтому в настоящее время четыре группы факторов:

- 1) биологические (включая наследственность);
- 2) социальные, включая образ жизни;

3)экологические (состояние природной среды);

4)факторы внутренней среды помещений.

Оказывают на здоровье населения в основном деструктивное влияние в различных группах, как по длительности, так и по степени интенсивности.

Во-первых, в результате разрушения прежнего, «советского» образа жизни был демонтирован ряд отлаженных механизмов социальной защиты населения. Соответственно, изменилась и социальная политика. Были также ликвидированы не только фонды общественного потребления, но и планирование социального развития регионов. Одновременно была ослаблена государственная охрана труда; а бесплатные формы, как отдыха, так и лечения сведены к минимуму.

Во-вторых, состояние эмоционального стресса большинства населения приобрело в конечном счете хронический характер. В итоге у подавляющего числа россиян оказался надолго разрушен здоровый образ жизни. Неслучайно в России постепенно сформировались регионы постоянных социальных бедствий: не только Чеченская республика, Ингушетия и Дагестан, но и Кузбасс, Приморье, Республика Коми. Одновременно, в результате падения промышленного производства, в стране улучшилось состояние воздуха, воды и почвы. Однако вследствие морального износа оборудования предприятий – значительно ухудшились условия труда.

В-третьих, постоянно вызывает серьезную озабоченность санитарное состояние городов и селений. Заметно участились аварии, пожары, природные катастрофы, несчастные случаи. Число территорий экологического бедствия и чрезвычайного положения неуклонно увеличивается. Из-за воздействия факторов риска, стресса, ухудшения питания, роста заболеваемости, социальных патологий происходит дальнейшее ослабление наследственности российского населения.

Численность населения РФ, начиная с 1993 г., неуклонно сокращается. Это обусловлено как низкой рождаемостью, так и массовым распространением однопотных семей, не обеспечивающих воспроизводство населения. Падение численности населения вызвано высокой смертностью, особенно смертностью мужчин в трудоспособном возрасте в результате несчастных случаев, отравлений и производственных травм¹.

Значительными темпами растет число наркоманов на территории России, и масштабы незаконного распространения наркотиков в стране неуклонно расширяются. К настоящему времени они достигли такого уровня, который представляет несомненную угрозу национальной безопасности. Очевидно, что опасность наркотизации усиливается ее связью с ВИЧ-инфицированием и заболеваемостью вирусным гепатитом. Более 80% ВИЧ-инфицированных лиц - внутривенные потребители наркотиков, ВИЧ-инфицированные зарегистрированы в 86 субъектах РФ.

¹¹Шанов Д.М. О факторах, формирующих здоровье российского населения. – В сб.: Куда идет Россия? Трансформация социальной сферы и социальная политика. – М.: Дело, 2004. - С.127-136.

Как и в РФ в целом, в настоящее время серьезную угрозу здоровью населения представляет собой проблема наркомании в Республике Татарстан. Число больных наркоманией, находящихся под наблюдением наркологических учреждений республики, за последние десять лет увеличилось в 30 раз. Остается весьма напряженной алкогольная ситуация в Республике Татарстан, как и в целом по России. Несмотря на предпринимаемые усилия, высокий уровень потребления алкоголя сохраняется. Данное обстоятельство усугубляется спецификой структуры и форм потребления алкоголя населением. В РТ, как правило, потребляются преимущественно крепкие спиртные напитки; при этом широко распространена низкокачественная, как правило, фальсифицированная алкогольная продукция. Особую тревогу вызывает растущее приобщение к алкоголю подростков и женщин. ВИЧ-инфекции в РТ регистрируются с 1986-1987 гг. В настоящее время по распространенности ВИЧ-инфекций Республика Татарстан занимает 25-е место среди субъектов РФ.

С начала 1990-х гг. население РФ находится в тяжелом социальном состоянии, приведшем к переходу эмоционального стресса в хроническую фазу. Продолжающееся экономическое расслоение, сопровождаемое непрекращающимися реформами в разных областях общественной жизни (наука, образование, ЖКХ, здравоохранение и др.), находит выражение в неуклонном росте числа самоубийств.

Несмотря на продолжающийся социально-экономический кризис, финансирование системы здравоохранения РФ с каждым годом увеличивается как консолидированно, так и на душу населения. Растет соответствующая доля федерального бюджета, но растут и расходы населения на здравоохранение из личных средств. Направления развития здравоохранения связаны с перестройкой системы межбюджетных взаимоотношений, с более четким разграничением полномочий между федеральным, региональным и муниципальными органами власти.

Республика Татарстан занимает одно из ведущих мест в социально-экономическом потенциале Поволжья. Однако, несмотря на сравнительно (с аналогичными российскими регионами) благополучную ситуацию в экономической сфере, для нашей республики характерно наличие ряда серьезных социальных проблем. К ним относятся, прежде всего:

- значительная доля населения, имеющего доходы ниже прожиточного минимума;
- низкая обеспеченность населения жильем;
- низкая обеспеченность населения квалифицированной медицинской помощью.

В третьем разделе **«Общественное здоровье в структуре социального потенциала региона»** рассматриваются содержание, структура и основные факторы общественного здоровья в контексте социального потенциала региона.

Социальный потенциал региона обычно понимается как система элементов, непосредственно определяющих социальную активность населения данного региона и детерминирующих возможности получения его населением

социально - значимых результатов в основных сферах социума – трудовой, социально-политической и духовной¹. Поэтому в изучении социального потенциала именно социология играет значительную роль.

Специфика социологии в изучении социального потенциала обусловлена самим предметом этой науки. Социологию интересует любая сфера жизни, где имеются взаимодействия индивидов и их групп. В широте охвата жизненных процессов проявляется своеобразие социологии как науки об обществе. С социологической точки зрения, социальный потенциал затрагивает потребности, интересы, стимулы деятельности людей, входящих в те или иные социальные общности, а также доминирующие в данной социальной среде ценности, традиции, нравы, обычаи, которые обуславливают специфику повседневной жизни людей. Соответственно, субъектами социального потенциала являются отдельные индивиды; малые первичные группы; большие социальные группы, включающие все население страны или ряда стран.

Исследование общественного здоровья в контексте социального потенциала позволяет раскрыть степень неравномерности распределения здоровья и ценностей здорового образа жизни по разным слоям социума.

Исследование распределения ценностей здоровья и здорового образа жизни по различным слоям раскрывает их значительную неоднородность. Отчасти эта неоднородность рассматривалась в западной социологии здоровья в качестве т.н. «культуры бедности». В частности, исследования, проведенные английскими социологами после введения в Великобритании бюджетного здравоохранения, показали, что прямой зависимости между затратами на лечение и уровнем доходов не существует². После введения бесплатного здравоохранения отношение бедняков к своему здоровью не изменилось. Бедность порождает систему верований и ценностей, враждебных по отношению к медицине: скептицизм по отношению к возможностям медицинской науки, по отношению к намерениям докторов и меньшую чувствительность по отношению к тревожным симптомам.

Неслучайно для представителей среднего и высшего классов в гораздо большей степени, чем для представителей низших классов, характерен «рыночный» подход к здоровью, когда пациент рассматривается, прежде всего, как «потребитель» рыночных услуг, а врач – как их «предоставитель». Для рыночного общества характерно изменение традиционных отношений “врач – больной” в сторону большего контроля над врачом со стороны пациента, выравнивания их социального статуса даже в процессе болезни и повышения ответственности самого больного за исход лечения.

Отечественная ситуация характеризуется тем, что средний российский человек – это человек с системой ценностей, сформированной в условиях советского общества, воспитывавшего людей со слабо выраженными зачатками гражданских инициатив, людей с крайне невысоким уровнем валеологической культуры, с т.н. “культурой бедности”. Данные уже

¹Подробнее см.: Нугаев М.А., Нугаев Р.М. Социальный потенциал региона. Концептуальные основы исследования //Научные труды ИСЭПН АНТ, том 1. - Казань, 1995, С.23

²Graham Scambler (ed.) Sociological Theory and Medical Sociology. Tavistock Publications, 1987.

проведенных опросов населения позволяют сформулировать положение, согласно которому в современном российском обществе существуют три разные по размерам социальные группы, являющиеся носителями относительно высокого уровня валеологического сознания. Это – интеллигенция (причем научно-техническая даже в большей степени, чем гуманитарная), часть работников госструктур и часть предпринимателей.

Для более детального изучения характера статусного расслоения татарстанского общества по отношению к своему здоровью вся совокупность опрошенных была разбита на две большие группы:

1) на тех, кто принимает ответственность за состояние своего здоровья на себя,

2) на тех, кто считает, что болезнь все равно неизбежна.

Условно говоря, респонденты классифицировались на «активистов» и «пассивистов».

Группа «активистов», характеризующаяся активным отношением к своему здоровью, отличается от группы «пассивистов», более здоровым образом жизни, отчетливо рыночной системой ценностей, большим предпочтением карьеры и меньшим семьи и досуга, более терпимым отношением к коммерческим палатам в лечебных учреждениях, к приватизации учреждений здравоохранения, менее эгалитаристским пониманием социальной справедливости, более высокой оценкой уровня своего здоровья, меньшей требовательностью к существующим медицинским учреждениям и более высокой оценкой качества медицинского обслуживания и, наконец, более позитивным отношением к ОМС. Эти статусные группы почти не отличаются друг от друга ни по возрасту, ни по доходам. Важнейшими критериями, отличающими статусные группы друг от друга, являются два: уровень образования и место работы.

С течением времени встают все новые проблемы, выходящие за рамки лечения болезней – неравенство доступа к ресурсам здоровья, улучшение качества жизни, управление здоровьем, что подчеркивает настоятельность развития социологии здоровья. Именно эти новые социально-экономические и социально-политические аспекты проблемы здравоохранения обуславливают важность для развития и функционирования общественного здоровья системы обязательного медицинского страхования (система ОМС). Ценностные феномены, даже такие, казалось бы, далекие от медицины, как представления населения о социальной справедливости, могут в напряженной социально-экономической ситуации, особенно в эпоху кризиса, играть значительную роль в восприятии и реализации общественных программ, в частности, программ в области здравоохранения.

В четвертом разделе **«Пути укрепления общественного здоровья и развития социального потенциала региона»** рассмотрена специфика становления и функционирования отечественной системы обязательного медицинского страхования в ее отношении к системе отечественного здравоохранения и пути ее совершенствования. Показано, что система ОМС призвана играть особую роль в переходное время как обеспечивающая равный

доступ к медицинской помощи всех граждан РФ. Социально-экономическая специфика функционирования системы ОМС характеризуется тем, что рынок медицинских услуг – это, прежде всего, регулируемый рынок, возникающий и функционирующий при активном влиянии государства.

Социальный аспект функционирования системы ОМС описывается структурно-функционалистской парадигмой следующим образом. Медицинское страхование как социальный институт – это система социальных ролей и статусов, предназначенная для организации системы здравоохранения и удовлетворения таких значимых социальных потребностей, как охрана здоровья, финансирование медучреждений, социальная защита пациентов. В общем случае, основной функцией любого социального института является стабилизация деятельности людей путем сведения ее к более или менее предсказуемым образцам социальных ролей.

Выводы, которые следуют из подобного, «парсоновского», подхода к определению социального института вообще и медицинского страхования в частности, состоят в следующем.

1. Не существует универсальной модели функционирования и развития ни одного социального института, модели, которая была бы пригодна для всех времен и народов. Представления об ожиданиях, лежащие в основе ролевых функций, зависят от мнений окружающих, а последние не могут не меняться со временем. Следовательно, модель страховой медицины определяется множеством разнообразных факторов, связанных с господствующими ценностями, традициями, привычками.

2. Если социальное учреждение – система ролей и статусов, предназначенное для удовлетворения определенных социальных потребностей, существует, по меньшей мере, четыре основных параметра, четыре группы критериев, при помощи которых можно оценивать работу этого учреждения.

- Является ли данное учреждение действенным или эффективным в экономическом отношении, т.е. потребляет ли оно минимум человеческих и материальных ресурсов, необходимых для удовлетворения определенных социальных потребностей?

- Является ли данное учреждение эффективным в социальном отношении, т.е. соотносится ли работа данного учреждения с требованиями клиентов?

- Является ли данное учреждение справедливым, то есть одинаково ли оно доступно для всех, кто в нем нуждается?

- Является ли данное социальное учреждение гуманным, т.е. обращаются ли в нем с клиентами цивилизованно?

Применение этих четырех критериев к реальным ситуациям может быть заблокировано тем, что они могут противоречить друг другу. Этого можно избежать только в том случае, если указать главный, доминирующий критерий. Он состоит в том, что из четырех “измерений” функционирования любой социальной системы в демократическом обществе основным является эффективность данного социального учреждения, т.е. соответствие его работы

требованиям клиентов. Все остальные критерии являются вторичными, они принимаются во внимание, если выполнено это условие.

Поэтому создание системы медицинского страхования в нашей стране, создание системы республиканской и территориальных больничных касс непосредственно не связаны с проникновением рыночных методов управления и организации производства в систему здравоохранения. Реформы в области здравоохранения в нашей республике, в России и в СНГ – это шаги демократизации общества, связанные с усилением контроля со стороны самих потребителей, граждан, пациентов в сфере финансирования здравоохранения. В этом смысле реформы здравоохранения в России – это пути преодоления отчуждения системы здравоохранения от человека.

Следовательно, суть этих этапов реформы здравоохранения в России состоит в демополизации системы здравоохранения за счет восстановления «треугольника» страхования здоровья, т.е. полного разделения в правовом отношении трех субъектов – производителей медицинских услуг, платежной стороны и социально защищенных пациентов-потребителей.

Пути совершенствования существующей системы обязательного медицинского страхования должны определяться не на основе общих соображений или некоей умозрительной идеальной модели, а на основе скрупулезного социологического анализа мнений врачей и пациентов, на основе возможно более полного учета их пожеланий и потребностей. Социологические исследования могут и должны играть роль «обратной связи» между этапами реформирования системы здравоохранения и восприятием этих шагов врачами и пациентами, являться индикаторами не только непопулярных, но и ошибочных шагов в области реформирования, позволяя корректировать курс реформ в соответствии с общественным мнением.

В работе проанализированы результаты социологических опросов жителей республики, медработников и экспертов и на их основе сформулированы практические рекомендации по совершенствованию системы здравоохранения РТ.

Приведенные эмпирические данные позволяют прийти к следующим выводам.

1. Главным направлением реформирования отечественной системы здравоохранения продолжает выступать введение и совершенствование системы обязательного медицинского страхования. Дореформенные годы характеризовались чрезмерным огосударствлением сферы медицинского обслуживания и финансированием ее по остаточному принципу. Это привело к нарастанию таких «застойных» явлений, как отсутствие гибкого реагирования со стороны системы здравоохранения на новейшие достижения медицины, дефицит современных лекарств и медицинской техники, авторитарный, командный стиль управления здравоохранением.

2. Реформа системы здравоохранения выступает необходимым условием реализации принципов социальной справедливости в сфере медицинского обслуживания населения. Она связана с сохранением основных достижений прежней системы медицинского обеспечения нашей страны – доступностью

медицинских услуг, их всеобщим и бесплатным характером. С переходом к рыночной системе эти преимущества социалистической системы утрачены. Средством сохранения достижений советской медицины является страховая медицина, когда богатый платит за бедного.

3. Для успешного функционирования системы здравоохранения необходима разработка и внедрение эффективной системы ее идеологического обеспечения на всех уровнях социального организма. Любое управленческое решение остается лишь росчерком пера до тех пор, пока оно не станет личностно значимым для широкого слоя его исполнителей. Соответственно, реформирование здравоохранения касается всех: и работников сферы управления, и врачей, и медицинских сестер, и рядовых потребителей. Для успешного функционирования системы здравоохранения необходимо радикально изменить патерналистские ценности и связанные с ними взгляды на охрану здоровья человека и общества как обязанность государства, преодолеть пассивное отношение к лечебно-профилактическим мерам и физкультурно-оздоровительным мероприятиям. Функционирование системы здравоохранения невозможно без активной ее поддержки медицинскими работниками, особенно нижнего и среднего звена, понимания ими сущности реформы и необходимости участия в ней. Соответственно, в диссертационной работе предлагаются следующие практические рекомендации для работников аппарата управления здравоохранением:

1. Разработка системы мер по радикальному повышению степени информированности населения о страховой медицине.

2. Для успешного развития отечественного здравоохранения необходимо преодоление патерналистской психологии, как широких масс населения, так и медицинского персонала. Одним из средств этого преодоления может явиться обеспечение выборности чиновников аппарата мэрий и министерства здравоохранения, а также воссоздание механизма врачебного самоуправления.

3. Создание и внедрение более эффективной системы стимулирования труда медицинских работников, включающей меры не только материального, но и морального поощрения.

4. Уменьшение дефицита профессиональных кадров в области страхования здоровья. В этом плане целесообразно создание соответствующих специализированных средних и высших учебных заведений.

5. Один из путей оптимизации здравоохранения – расширение внедрения конкурентно-рыночных отношений в этой сфере.

В заключении диссертации подводятся итоги исследования, формулируются основные выводы, предлагаются теоретические и практические рекомендации, намечаются пути дальнейшего изучения темы. Подчеркивается, что предлагаемая социологическая теория здоровья по своему методологическому статусу является комплексной и междисциплинарной областью исследования. Поэтому при изучении общественного здоровья целесообразно учитывать наличие в структуре общественного здоровья качественно различных уровней, каждый из которых характеризуется своими особенностями. Тем не менее, можно выделить определенные черты, которые

характеризуют специфику общественного здоровья в контексте социального потенциала как феномена, обладающего внутренней целостностью. Факторы общественного здоровья, кроме генетики, связаны с социально-экономическим статусом людей, то есть с уровнем их доходов, сферой занятости, образованием. Это свидетельствует о том, что качество медицинского обслуживания не является детерминирующим фактором общественного здоровья. Интегрирующим фактором, определяющим картину здоровья населения в целом, является социально-экономическое положение региона.

Основные результаты диссертационной работы нашли отражение в следующих публикациях автора, общим объемом 2,5 п.л.

Статьи в изданиях, рекомендованных ВАК:

1. Бариева А.А. Дюркгеймовская научно-исследовательская программа в медицинской социологии. / А.А. Бариева // Аспирантский вестник Поволжья.- 2009. - № 1-2. - С.119-122. (0,25 п.л.)
2. Бариева А.А. Веберовская научно-исследовательская программа в медицинской социологии. / А.А. Бариева // Известия вузов. Северо-Кавказский регион. Общественные науки. – 2009. - № 6 - С. 22- 24. (0,25 п.л.)
3. Бариева А.А. Марксистская научно-исследовательская программа в западной медицинской социологии. / А.А. Бариева // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: социология, политология. – 2010. - Т. 10, № 3. - С. 32-37. (0,3 п.л.)
4. Бариева А.А. Потенциал общественного здоровья как предмет социологического исследования. / А.А. Бариева // Вестник Самарского государственного университета – 2011. - № 1/2(82) - С. 22-27. (0,3 п.л.)

Публикации в других изданиях:

5. Бариева А.А. Концепция Эмиля Дюркгейма как концептуальная основа социологии медицины. / А.А. Бариева // Наука, образование, инновации. Тезисы выступлений участников I всероссийской конференции по науковедению. – М.: МГПУ, 2008. - С.79-81. (0,25 п.л.)
6. Бариева А.А. Теоретико-методологические основы исследования потенциала здоровья региона. / А.А. Бариева // Инновационные технологии – стратегия развития России: наука, образование, производство. Материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Набережные Челны: Изд-во Камской государственной инженерно-экономической академии, 2009. - С.129-134. (0,3 п.л.)
7. Бариева А.А. Содержание и структура потенциала общественного здоровья. / А.А.Бариева // Экономические механизмы устойчивого развития потребительской кооперации – М.: Изд-во РУК, 2009. - С. 233-238. (0,3 п.л.)
8. Бариева А.А. Потенциал здоровья в структуре социального потенциала региона. / А.А. Бариева // Экономика, право и культура в современных условиях в Российской Федерации и Республике Татарстан. Научный сборник статей (выпуск № 5). – М.: Изд-во РГГУ, 2009. - С.174-178. (0,25 п.л.)

9. Бариева А.А. Функционирование и эволюция рыночных механизмов в здравоохранении. / А.А. Бариева //Потребительская кооперация: теория, методология, практика. Материалы международной научно-практической конференции. – М.: Изд-во РУК, 2010 - С. 70-74. (0,25 п.л.)